

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ
MÁSTER DE FISIOTERAPIA EN LOS PROCESOS DE SALUD DE LA MUJER
TRABAJO FIN DE MÁSTER

Las alteraciones en las relaciones sexuales
tras el parto a través de las mujeres que lo viven.
Abordaje desde la fisioterapia:
Un proyecto de investigación acción.

Alumnas: Cristina Fernández Cabellos
Beatriz Flores Barrero.
Tutor: Fernando Vergara Pérez,
Profesor Titular de Universidad
UAH. Dpto Enfermería y Fisioterapia
Alcalá de Henares, 12 de abril del 2021

Agradecimientos:

En primer lugar, queremos agradecer a nuestro tutor Fernando Vergara, por haber sabido despertar nuestro interés por la metodología cualitativa, que comenzó siendo una gran desconocida para terminar sorprendiéndonos con su poder.

Gracias a los profesionales que participan en este máster de Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer, por haber sabido reflejar la importancia de los temas femeninos con pasión y precisión.

Gracias a nuestros convivientes, esas personas que nos han visto desaparecer horas y horas dentro del ordenador durante estos meses, alegrándonos con los detalles del día a día.

Gracias a nuestros compañeros, por mantener la calma cuando nosotras no éramos capaces de hacerlo; por acompañarnos, apoyarnos y sacarnos una sonrisa en este camino.

Y gracias a María, el bebé que vino al mundo en medio de esta vorágine pandémica, y que ha sabido dormirse sola cuando más había que trabajar.

Este trabajo es fruto del esfuerzo y dedicación con la que entendemos la fisioterapia,
una de nuestras pasiones.

Resumen:

Introducción: La sexualidad femenina empieza a reconocerse como parte de la salud global y calidad de vida, sin embargo, se da una alta prevalencia de disfunciones sexuales en el postparto, en controversia con la desatención que existe hacia esas disfunciones desde el mundo sanitario.

Objetivos: Los objetivos del estudio son: analizar las vivencias y perspectivas de las mujeres sobre sus relaciones sexuales tras el parto; identificar sus conocimientos acerca de los cambios en sus relaciones sexuales y sus estrategias de mejora; identificar los elementos de mejora en el manejo de las disfunciones sexuales femeninas desde la atención sanitaria y en particular desde la fisioterapia; implementar un proceso de atención desde la fisioterapia, que permita el cambio hacia la mejora en la situación.

Metodología: Abordaje cualitativo, diseño de investigación-acción. Diseño de dos ciclos divididos en cuatro fases: planificación, acción, observación, reflexión. En el primero, se realiza la recogida de información a través de grupos focales y entrevistas en profundidad. Se sigue un muestreo teórico intencional dirigido a las mujeres del distrito de Pinar de Chamartín que hayan experimentado al menos un parto y que actualmente presenten alteraciones en sus relaciones sexuales. Se realiza una codificación de la información abierta y axial y se reflexiona sobre los datos. El segundo ciclo se orienta a la implementación del cambio, mediante un plan de educación sanitaria y una evaluación del proyecto global. Los ciclos son iterativos.

Resultados: En la implementación preliminar se obtuvieron 31 códigos que se agruparon en 6 familias: síntomas, consecuencias, aspectos emocionales, difusión, mentalidad y abordaje.

Conclusiones: Los factores más influyentes en las alteraciones de las relaciones sexuales son el dolor y los aspectos emocionales. Se identifica una falta de conocimientos y una necesidad de aportar más información al respecto.

Palabras clave: disfunción sexual, postparto, fisioterapia, cambio, investigación acción.

Abstract:

Introduction: female sexuality is becoming to take part in the concept of general health and quality of life. Nevertheless, there is a high rate of sexual dysfunctions in the postpartum period which are not being treated from the health care system.

Objectives: to analyze the perspective of women towards their sexual relations after labor; to identify their knowledge about the changes in their sexual relations and their strategies towards them; to identify possible improvements in the treatment of female sexual dysfunction, specifically from the approach of physiotherapy; to implement an approach from physiotherapy, with the aim of changing the current situation.

Methods: qualitative perspective, action research. Two cycles divided in: planification, action, observation, reflection. In the first one, information is obtained through focus groups and in-depth interviews. Theoretical sampling is followed to recruit participants. Open and axial coding is carried out to analyze data, with a posterior reflection on them. In the second one, an intervention based on a sanitary education programme will seek the change in the situation of these women. This is an iterative process.

Results: 31 codes were obtained in this initial implementation. They were put into 6 different groups: symptoms, consequences, emotional aspects, dissemination, mentality and approach.

Conclusions: pain and emotional aspects are the most important factors affecting sexual relations. There is a lack of knowledge in women about this field; therefore, deeper information needs to be spread about it.

Keywords: sexual dysfunction, postpartum, physiotherapy, change, action research.

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 La mujer en el s XXI. Sexualidad y liberación sexual, género y maternidad.	1
1.2 Anatomía y funciones del suelo pélvico. Su implicación en la función sexual.	3
1.3 Función sexual y respuesta sexual femenina.	5
1.4 El embarazo y parto y su implicación en los cambios que experimenta la mujer.	7
1.4.1 Alteraciones del suelo pélvico y sus funciones.	7
1.4.2 Disfunciones del SP más comunes tras el parto. Disfunción sexual, clasificación según DSM-V.	7
1.4.3 Impacto social.	8
1.5 Las diferentes vías de abordaje para la disfunción sexual.	9
1.5.1 Abordaje de las disfunciones sexuales desde la fisioterapia.	10
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	12
3. METODOLOGÍA	13
3.1 Diseño de la investigación.	13
3.1.1 Investigación cualitativa. Paradigma investigación.	13
3.1.2 Investigación-acción. Paradigma socio crítico. Ciclos, espirales.	13
3.2 Contexto, participantes y muestreo.	14
3.3 Desarrollo de la investigación.	15
3.4 Técnicas de recogida de información	20
3.5 Análisis de datos	21
3.6 Calidad de la investigación.	22
3.7 Consideraciones éticas	24
4. RESULTADOS	25
5. DISCUSIÓN	35
6. CONCLUSIONES	39
7. BIBLIOGRAFÍA	40
8. ANEXOS	45

Índice de figuras:

Figura 1: Modelo cíclico de la respuesta sexual. Adaptado de: Basson R. 2001 (25)	5
Figura 2: Espiral de ciclos. Tomado de Bisquerra Alzina R. 2009. (55)	14
Figura 3: Guion de preguntas para los grupos focales y entrevistas en profundidad	21
Figura 4: Esquema de las relaciones entre familias y códigos.	32

Índice de tablas:

Tabla 1: SÍNTESIS DE LOS CICLOS DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN	15
Tabla 2: VARIABLES DESCRIPTIVAS DE LAS PARTICIPANTES	25
Tabla 3: FAMILIAS Y CÓDIGOS	26

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La mujer en el s XXI. Sexualidad y liberación sexual, género y maternidad.

El surgimiento de los diversos movimientos feministas que tuvieron lugar a lo largo de todo el siglo pasado asentó la construcción del camino para alcanzar la posición que ocupa hoy la mujer en la sociedad del siglo XXI. Los objetivos que se perseguían inicialmente eran el derecho a la educación para las mujeres, derecho al trabajo, los derechos matrimoniales y hacia los hijos y el derecho al voto, que se conseguiría finalmente con el movimiento sufragista. (1)

Fue más adelante, en los años 60 y 70 del siglo XX, cuando se introdujo la sexualidad como pieza fundamental para la liberación de las mujeres, a través de la “liberación sexual”. (1,2)

Hasta entonces, la mujer desempeñaba un papel pasivo tanto en la sociedad como también en su sexualidad (2). En ambas esferas, estaban establecidos unos roles para cada sexo, la mujer era subordinada y dominada por el hombre.

A través de las publicaciones de diversas autoras feministas de la época, se empezó a romper con esa premisa. Se presentó una redefinición de la sexualidad femenina que concebía el placer de las dos personas implicadas en el acto sexual y abandonaba la idea de subordinación y pasividad de la mujer, iniciando una transformación social. (3,4)

Los seres humanos nos construimos dentro de lo prohibido y lo permitido según códigos morales y éticos. (5) Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad se define como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades, los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.” (6) Es la aptitud de disfrutar la actividad sexual según la ética personal y social; sin temores, sentimientos de vergüenza o culpabilidad, ni creencias infundadas u otros factores psicológicos que perturben las relaciones sexuales; ausencia de trastornos orgánicos, enfermedades o disfunciones que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva. (7)

1. Introducción

La sexualidad no puede ser vista de manera aislada, ya que forma parte de la vida del ser humano y no se puede limitar a la relación sexual ni a la reproducción. Se trata de un fenómeno multidimensional que está influenciado por factores biológicos, psicológicos, sociales, educacionales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (8,6)

Las ideas y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como los mandatos culturales, provocan unas creencias que la determinan en un futuro. (9)

La sexualidad se experimenta y expresa a través de deseos, creencias, y conductas según cada persona, ya que somos seres sexuados. (6)

Hay que reconocer el derecho de todo ser humano de procurar su satisfacción sexual según sus propias necesidades o preferencias, respetando las de los demás. (7) Pero a lo largo de la historia no siempre se entendió la sexualidad de esta manera. A pesar de la influencia de los feminismos, nuestra cultura sigue llevando impreso que la femineidad implica pasividad y falta de iniciativa en la relación sexual. Se desvaloriza y estigmatiza así a las mujeres que responden a sus deseos sexuales, y se establece la reproducción como base de la sexualidad. (6, 9)

A lo largo del siglo XX, se empezó a desvincular la sexualidad de su afiliación con la procreación, y se fue reconfigurando como un asunto que tiene que ver con la satisfacción y la realización personal, posicionándose en el territorio de los derechos humanos. Para analizarla es importante partir de las narraciones de los sujetos que lo viven en primera persona. (5)

En relación con el acuñamiento de esos roles preestablecidos, se encuentra el concepto del género. (10) La justificación de algo a través del mismo no es sino una perpetuación de las relaciones de poder y jerarquías que crean desigualdades en la sociedad. (1)

A través del feminismo se empezó a abandonar la normalidad y naturalidad con la que hasta entonces se había aceptado esa desigualdad. La esfera privada a la que estaba relegado lo femenino empezó a tener trascendencia en lo público, haciendo posible que hoy se abogue por políticas sociales que cada vez tengan más en cuenta la inclusión de la mujer en la esfera pública, de manera igualitaria.

1. Introducción

Los trabajos, la vida individual, familiar y comunitaria, las relaciones sociales, la sexualidad y la propia forma de democracia, entre muchas otras cosas, han cambiado; haciendo más presente a la mujer en cada uno de ellos; sin embargo, no se puede negar que estas inequidades sigan presentes hoy en día. (1,11,12)

Desde el feminismo se ha intentado eliminar la idea de que el objetivo principal en la vida de una mujer es ser madre, que solo a través de la maternidad una mujer puede desarrollar su feminidad y verdadera función vital. (10,13-15)

Además, en muchas ocasiones, se trata el tema de la maternidad con la mujer madre como si se tratase solo de una serie de cambios físicos y fisiológicos, dejando de lado el abordaje de todas las implicaciones emocionales y psicológicas que conlleva. Se centra toda la atención e importancia en el bebé, dejando a la mujer en un segundo plano. (2)

La presión social de tener que ser la mujer y madre perfecta, la *superwoman* de Despenes (16); la devoción y dedicación plena que se espera de la nueva madre hacia su bebé; el hecho de verse relegada de nuevo a la esfera privada al dejar su vida social y laboral; así como la presunción de tener que abandonar su sexualidad por un periodo de tiempo indefinido, entre otros muchos cambios, pueden generar sentimientos de ansiedad, insatisfacción y frustración. (2)

La maternidad es un proceso para el que las mujeres están preparadas, pero no por ello el embarazo, parto y posparto dejan de ser procesos que implican cambios tanto a nivel biológico y psicológico, como conyugal y familiar, ya que el nacimiento del bebé implica en la mayoría de los casos una reestructuración en la vida de la pareja, que tiene que adaptarse a la nueva situación. (8,17)

Estos cambios son el principal factor de riesgo para padecer alteraciones en la función del suelo pélvico (SP), que afecten a su bienestar. (18)

1.2 Anatomía y funciones del suelo pélvico. Su implicación en la función sexual.

El SP trabaja dando soporte y continencia a los órganos pélvicos y participa en la estabilidad lumbo-pélvica y en el patrón respiratorio. A continuación, se va a centrar la atención en su función sexual. (7)

1. Introducción

En resumen, la anatomía del SP se divide en capas musculares (7,19,20):

-Fascia endopélvica y diafragma pélvico, compuesto por los elevadores del ano (iliococcígeo, pubovisceral y puborrectal), y el músculo coccígeo. Todos centran su función en el sostén de las estructuras endopélvicas.

-Diafragma urogenital: compuesto por el transverso profundo del periné y el compresor de la uretra. Su función es de sostén, pero en las mujeres también comprime el introito vaginal.

-Músculos superficiales: transverso superficial del periné, bulboesponjoso e isquiocavernoso, que además de dar sostén, los dos últimos participan en el cierre de la vagina y en la erección del clítoris en las relaciones sexuales; y el esfínter anal externo.

Para centrarnos en la esfera sexual, se expone a continuación un breve resumen de la anatomía de los órganos genitales externos femeninos.

La pirámide erótica vulvar, formada por: el monte de venus de donde salen los labios externos, que rodean a su vez a los labios internos. Estos labios internos se unen por delante formando el prepucio del clítoris. (7,19-23)

El clítoris está situado debajo de la sínfisis púbica a la que se fija, además de a la línea blanca abdominal, por medio del ligamento suspensorio que lo rodea. Es un órgano eréctil formado por dos cuerpos cavernosos que continúan por debajo del pubis siguiendo las ramas isquiopúbicas, y recubiertos por los músculos isquiocavernosos. Los bulbos del clítoris, están en la profundidad de los labios menores, cubiertos por los músculos bulboesponjosos, que constriñen la vulva, influyendo así en la función sexual, ya que esta es su única función, producir placer sexual. (7,19-23)

Entre los labios, debajo del clítoris, se ubican a ambos lados las glándulas de Skene y Bartholino, responsables de las secreciones lubricantes en las relaciones sexuales. (7,19-23)

La función de estas estructuras es, entre otras, producir placer durante la actividad sexual. Para ello están dotadas de una rica vascularización y una importante inervación sensorial. (7,19-23)

1. Introducción

Por ello se expone a continuación el ciclo de la respuesta sexual femenina, que tiene lugar durante las relaciones sexuales.

1.3 Función sexual y respuesta sexual femenina.

La función sexual en las mujeres engloba una serie de cambios y procesos físicos, fisiológicos (neurofisiológicos, hemodinámicos y hormonales (22,24)) y psicológicos asociados a la actividad sexual (22,25-27), que se producen de manera cíclica (24-27), influenciados por aspectos sociales y emocionales (24, 25-27). Todo ello es la llamada “respuesta sexual femenina “. (24-27)

Dejando atrás modelos lineares (28,29), actualmente la respuesta sexual femenina se explica como un proceso cíclico en el que tienen lugar varias fases que interaccionan y se retroalimentan entre sí (22,30). Este modelo propuesto por Bassons (25), establece una relación entre sexualidad y satisfacción, añadiendo la intimidad, el deseo sexual y la satisfacción emocional y física. (24,25) (Figura 1).

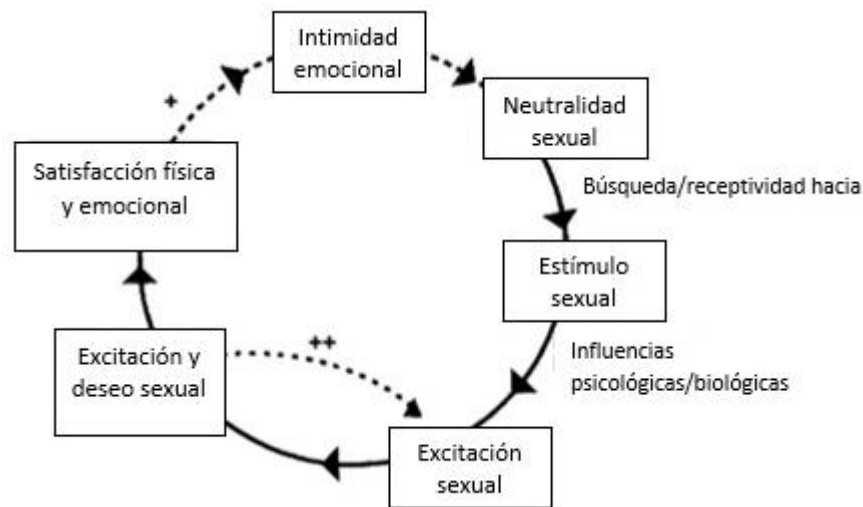


Figura 1: Modelo cíclico de la respuesta sexual. Adaptado de: Basson R. 2001 (25)

Estas fases son:

- Inicio del deseo sexual: es el estado de predisposición y atención a estímulos eróticos, con motivación para responder a ellos. En la mujer, puede surgir de manera espontánea, debido a estímulos internos como sueños eróticos o fantasías (31); o de manera “reactiva”, en respuesta a

1. Introducción

estímulos externos. (22,31)

Se muestra así la retroalimentación entre el deseo y la excitación, su posible solapamiento. (24,25,30)

Está mediado por factores biológicos, psicológicos, socioculturales y de la propia relación con la otra persona. (31-33) Desde su inicio, se activan cuatro áreas principales del cerebro (31), que son el sistema autónomo, el sistema límbico, el sistema cognitivo y el aparato locomotor. (31) Se observa así la influencia afectiva, cognitiva y neurohormonal en esta fase. (22,31,34,35)

- La excitación sexual: marcada por los cambios y procesos fisiológicos; y por la experiencia subjetiva y el placer, que al mismo tiempo retroalimentan el deseo (Figura 1). (22,33,36)

Esta etapa puede comenzar a partir de la fase de deseo previa, o directamente a partir de una adecuada estimulación sensorial. (31,33)

El sistema nervioso central (SNC) regula los cambios de la región genital. Se produce el aumento de flujo sanguíneo hacia la zona (22,31,37) y la relajación de la musculatura lisa del clítoris (31,33), con la consecuente tumefacción genital; el aumento de la lubricación vaginal, elongación de la misma y estrechamiento de su tercio distal; y el aumento de la sensibilidad genital; entre otros cambios más globales. (25,33)

Todo ello, sumado a un refuerzo positivo del contexto, da lugar a sensaciones placenteras que alimentan el deseo y el desarrollo de la respuesta. (31) (Figura 1)

- El orgasmo: es un pico transitorio de una intensa sensación de placer, normalmente acompañado de un sentimiento de bienestar. (22,33,38-40) Consiste en un reflejo motor con contracciones rítmicas de la musculatura estriada del SP y del útero (22,31,33), y puede ir acompañado de secreciones uretrales y parauretrales. (22,31) Tras él, se retorna a los valores basales (22), con una sensación de relajación y satisfacción. (31)

1. Introducción

1.4 El embarazo y parto y su implicación en los cambios que experimenta la mujer.

1.4.1 Alteraciones del suelo pélvico y sus funciones.

A lo largo del embarazo, el SP tiene que soportar el peso del bebé, las alteraciones posturales que adopta la mujer embarazada, y los cambios hormonales que modifican las características de los tejidos. (40) A todo esto, hay que añadir el esfuerzo del trabajo de parto y el tipo de parto en sí. (41)

Durante el posparto continúan los cambios fisiológicos. Se dan alteraciones hormonales como el descenso de estrógenos y progesterona, que provocan menor lubricación vaginal; y el aumento de la prolactina, si hay lactancia, puede influir en el adelgazamiento de la pared vaginal y sensibilizar las mamas. También se producen cambios psicosociales como estrés, fatiga, cansancio, o falta de sueño. Todos ellos hacen que la mujer se enfrente a un nuevo período de adaptación. (18,42)

1.4.2 Disfunciones del SP más comunes tras el parto. Disfunción sexual, clasificación según DSM-V.

Por tanto, se dan diferentes disfunciones específicas en el SP (DSP) de estas mujeres. Las DSP más comunes tras el parto son la incontinencia urinaria (IU), incontinencia anal (IA), prolapso de órganos pélvicos (POP), y disfunciones sexuales (DS). (40,41,43)

Las DS son “alteraciones de alguna o algunas fases de la respuesta sexual, incluyendo las situaciones en las que aparece dolor en las relaciones sexuales, y que además produzcan malestar en la persona o creen problemas en la relación interpersonal”. (7)

Las alteraciones en la actividad sexual en este periodo posparto, se dan principalmente por la disminución del deseo y del placer sexual, disminución de la lubricación vaginal y presencia de dolor durante las mismas (8,18); a lo que hay que sumar la falta de tiempo, el cansancio, y las preocupaciones por la nueva responsabilidad. (24) La disminución de estrógenos que causa la lactancia materna hacen que esos efectos perduren incluso más de seis meses después del parto. (18,40-43)

1. Introducción

Hay factores que dificultan o retrasan el reinicio de la actividad sexual, tales como miedo a un nuevo embarazo, miedo al dolor, sobre todo si han tenido desgarro o episiotomía; vergüenza por los cambios en su imagen corporal y cambios en el deseo, la excitación y el orgasmo. (8,18,44)

Las DS tienen varias clasificaciones, pero actualmente se sigue la del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5* (DSM-V), que las divide en: trastornos de la excitación, trastornos del interés sexual (libido disminuida), trastornos orgásmicos, y trastornos por dolor (dolor vulvar, dispareunia y vaginismo). (45)

1.4.3 Impacto social.

Según numerosos estudios epidemiológicos, el porcentaje de afectación por DSP en mujeres gestantes nulíparas es de casi un 40% en incontinencia urinaria (IU) (aunque suelen tener una mejoría espontánea en los 12 primeros meses tras el parto (40), y hasta un 15% en incontinencia anal (que aumenta hasta un 25% si en el parto se han usado fórceps o ventosas).

La prevalencia de las DS femeninas en el posparto se encuentra entre el 40 y el 50% (42). En concreto la dispareunia oscila entre el 40 y el 80% en el posparto más inmediato, disminuyendo al 18-60 % en los 6 meses después del parto, según estudios, siendo mucho más frecuente en mujeres que hayan sufrido una laceración perineal. (24)

La presencia de otras DSP, así como una alteración de la imagen corporal, siendo ambos cambios habituales en el periodo de postparto, pueden afectar a la salud sexual.

Por otro lado, el simple miedo a sentir dolor durante o después de las relaciones, puede hacer que disminuya el deseo sexual y la satisfacción; considerándose también una alteración de la función sexual. (46)

La salud sexual es parte de la salud general de las personas y afecta en gran medida a su calidad de vida, estado de ánimo y autoestima, pudiendo causar también malestar a nivel emocional. (46)

Entre los factores de riesgo (FR) para padecer estas disfunciones se encuentra el propio embarazo, debido al peso soportado, los cambios posturales y el cambio en

1. Introducción

el tejido conjuntivo por la influencia hormonal; el trabajo de parto, y el hecho de haber sido un parto vaginal, sobre todo si se ha requerido instrumental o si ha habido lesión perineal.

Las cesáreas son consideradas FR de menor magnitud, ya que la incidencia en estos casos de padecer estas disfunciones aparentemente es menor. Todo ello también se identifica como FR para los POP. (21,24,40,41,43)

Las DSP se encuentran entre las diez primeras razones de gastos en atención sanitaria, pero no suelen ser tratadas por los médicos de atención primaria. Aún hay barreras para su diagnóstico y más aún para su tratamiento, además de una creencia generalizada de que los tratamientos eficaces son quirúrgicos o muy complejos.

Hay que destacar, por tanto, el desconocimiento que tiene la población acerca de los tratamientos preventivos, conservadores y rehabilitadores para tratar estas patologías. (41,42)

1.5 Las diferentes vías de abordaje para la disfunción sexual.

Con el aumento de las expectativas y la calidad de vida de las personas, estas patologías ocupan un espacio importante con repercusión en la vida personal, familiar, social y laboral de quienes las padecen. (41)

Las patologías asociadas a las alteraciones de las cualidades del SP, son problemas de salud con consecuencias tanto en el entorno social (ya que la mujer tiende a aislarse y a interaccionar menos), como en el entorno físico (al limitar actividades deportivas o sociales), a nivel sexual (alterando su relación de pareja), y psicológico (dando lugar a depresión, sentimientos de vergüenza y baja autoestima).

Ante la variedad de esferas afectadas, son diversas las disciplinas desde las que se pueden abordar.

Desde el tratamiento médico, el uso de la terapia con estrógenos (en pomada, pastilla o anillo vaginal), ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la dispareunia, mejorando el deseo sexual, el placer, los orgasmos, la lubricación vaginal y la satisfacción. (24)

1. Introducción

Es esencial también tener en cuenta el abordaje psicológico, promover conductas de comunicación con la pareja que mejoran la intimidad y así el desarrollo de la respuesta sexual. (24)

Por otro lado, el abordaje desde la fisioterapia puede ser una de las primeras vías, al hallarse el origen de la DS en muchas ocasiones en alteraciones de las estructuras abdominopélvicas y del sistema neuromusculoesquelético, además de su carácter no invasivo y los resultados en el alivio de los síntomas, la posibilidad de combinarla con otros tratamientos, el bajo riesgo de efectos secundarios y un coste entre moderado y bajo. (41)

La identificación precoz de los trastornos en la función sexual de la mujer en el puerperio, y de sus factores asociados, facilita su mejoría, evitando la progresión de dichas disfunciones. (42)

Aunque la mayoría de las alteraciones que sufren las mujeres tras el parto tienen una recuperación espontánea en los primeros 6-12 meses (40,41,43), la fisioterapia puede ayudar en el tratamiento de este tipo de trastornos.

1.5.1 Abordaje de las disfunciones sexuales desde la fisioterapia.

El abordaje desde la fisioterapia engloba diversas técnicas.

En primer lugar, una intervención educativa, con conceptos básicos anatómicos del SP y los genitales; el aprendizaje de la localización de los mismos; el desarrollo de juicio para evaluar el estado de su salud e identificar vías de actuación para mejorar su salud sexual, así como cambios de conducta. (24)

Para las disfunciones específicamente relacionadas con la presencia de dolor existen técnicas manuales para normalizar las tensiones musculoesqueléticas del SP, flexibilizar los tejidos de la zona y disminuir la mecanosensibilidad nerviosa; así como la propia educación en dolor. (7,40,41)

Se realiza también una corrección postural y educación en las actividades de la vida diaria (AVD) para distribuir correctamente las presiones intraabdominales en la realización de determinados esfuerzos. (13,14,41)

Por otro lado, hay indicaciones de que la cinesiterapia específica de la musculatura del SP sea eficaz en la mejora de la salud sexual femenina (46), así como la práctica

1. Introducción

de actividad física general. Desde la fisioterapia se debe promover el aumento de la práctica deportiva o de actividad física, ya que ha demostrado estar relacionado con la disminución de la sensación de dolor y mejora de la salud sexual. (46)

Otra de las posibles intervenciones es el masaje psicosenitivo, que se divide en varias fases, y su objetivo es buscar el placer mutuo de la pareja y reducir la ansiedad causada por la penetración. (24)

Hay factores causantes o perpetuadores de la DS, como el estrés, lo que indica el uso de técnicas reductoras del mismo, como las técnicas de relajación, que pueden también contribuir a la mejora general de la salud sexual. (46)

A pesar del impacto de la función sexual en la vida de las personas, los profesionales sanitarios a menudo descuidan su relevancia en la mujer después del parto, centrandose su atención en aspectos biomédicos, olvidando así el modelo biopsicosocial, realizando un abordaje incompleto de estas patologías. La evidencia parece mostrar una falta de atención a este tipo de alteraciones. (46)

Esto es digno de intentar cambiar, siendo necesario el desarrollo de estrategias educativas y prácticas basadas en la integridad del cuidado, posibilitando la discusión y el empoderamiento de las mujeres para garantizar sus derechos sexuales y reproductivos. (17,18,43)

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

A lo largo del último siglo se ha reconocido la relevancia de la sexualidad para con la vida de las mujeres, además de la relación de la salud sexual con la salud global de las personas, su calidad de vida, bienestar y satisfacción. Al mismo tiempo, los estudios muestran una alta prevalencia de disfunciones sexuales en el periodo del postparto debido a las alteraciones que se producen en la cavidad abdominopélvica durante y después del embarazo y del parto con la alteración del estado de salud que ello supone. Sin embargo, se muestra una tendencia a la falta de atención desde la sanidad general hacia este tipo de alteraciones, y desde la fisioterapia en particular, por lo tanto se da una demanda de atención sanitaria en la población puérpera que no está siendo atendida como debería, según los datos estadísticos. En base a todo ello, se establecen los siguientes objetivos para el presente estudio:

1. Analizar las vivencias y perspectivas de mujeres sobre sus relaciones sexuales tras el parto.
2. Identificar los conocimientos de las mujeres acerca de los cambios en sus relaciones sexuales y sus estrategias de mejora de su situación.
3. Identificar los elementos de mejora desde la perspectiva de las mujeres, en el manejo de las disfunciones sexuales femeninas desde la atención sanitaria y en particular desde la fisioterapia.
4. Implementar un proceso de atención desde la fisioterapia, que permita el cambio hacia la mejora en la situación que viven las mujeres en sus relaciones sexuales después del parto.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación.

3.1.1 Investigación cualitativa. Paradigma investigación.

El presente estudio se enmarca dentro de la metodología de la investigación cualitativa, ampliamente utilizada en ciencias de la Salud (47-50).

Este tipo de investigación se basa en el interpretativismo y la fenomenología, ya que su intención es estudiar y comprender la realidad de unos hechos a través de la interpretación de la propia perspectiva de las personas que la viven. (51-54) Obtiene la información a través de la cooperación con los propios sujetos de estudio, y puede orientarse hacia la comprensión, o hacia el cambio y la transformación. (51)

3.1.2 Investigación-acción. Paradigma socio crítico. Ciclos, espirales.

Dentro de los estudios cualitativos orientados al cambio y la transformación, se encuentra la investigación-acción. (51) Se basa en el paradigma socio crítico, orientado a la práctica (51,55,56), su objetivo es indagar acerca de una situación concreta y producir una mejora en las acciones que se llevan a cabo frente a ella. Se fundamenta en el análisis de dicha situación, en su profundo conocimiento, en la reflexión sobre ella y sobre las formas de actuar que se adoptan ante ella, y en la crítica que realiza, a través de la cual halla los posibles aspectos susceptibles de mejora, y reflexiona y pone en práctica las estrategias que considera necesarias para alcanzar dicha mejora. (51,55-57) Es un proceso participativo y colaborativo, ya que las propias personas que viven dicha realidad se implican en la mejora de sus acciones y colaboran entre sí y con los investigadores. (55)

Este proceso se desarrolla a través de una serie de ciclos consecutivos que forman una espiral introspectiva en la que se reflexiona continuamente sobre el propio proceso. (55,56) En cada ciclo tienen lugar varias fases, que son la planificación, acción, observación y reflexión. (55,58)

3. Metodología

Este tipo de intervención puede suponer la consecución de varios ciclos. El número de ellos dependerá del objetivo del estudio y también del tiempo del que se disponga. (55)

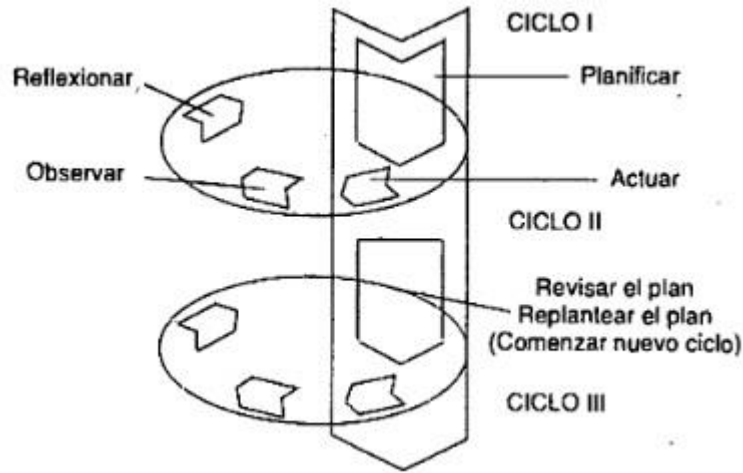


Figura 2: Espiral de ciclos. Tomado de Bisquerra Alzina R. 2009. (55)

3.2 Contexto, participantes y muestreo.

El estudio tendrá lugar en la zona norte de Madrid, en el barrio de Pinar de Chamartín, y se planifica llevarlo a cabo entre los años 2020 y 2022. Va dirigido a la población femenina que acude a un centro de fisioterapia de la zona, especializado en el tratamiento de los procesos de salud de la mujer. La edad de este grupo de población comprende entre los 18 y los 45 años; presentan diversos orígenes culturales, un nivel educativo medio-alto, son activas laboralmente, y deben haber experimentado al menos 1 parto.

También forma parte del contexto del estudio la posición de las propias investigadoras. Como mujeres que pueden vivir y entender más de cerca la temática tratada en el presente estudio, se tiene en cuenta el condicionamiento en su perspectiva y subjetividad que ello les aporta a la hora de abordar la investigación. Añadido también al hecho de que una de las investigadoras fue madre en el transcurso del estudio. Con la intención de evitar los posibles sesgos que ello conlleve, se llevan a cabo las estrategias descritas en el apartado 3.6 Calidad de la investigación.

3. Metodología

3.3 Desarrollo de la investigación.

A continuación, se expone la espiral de ciclos que forman el proyecto. (Tabla 1)

Tabla 1: SÍNTESIS DE LOS CICLOS DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

	CICLO 1 Recogida de datos	CICLO 2 Intervención para el cambio
Planificación	Guion de entrevistas.	Programa de educación sanitaria. Cuestionario y encuesta de satisfacción.
Acción	Grupos focales y entrevistas en profundidad.	Implementación del programa de educación sanitaria, cuestionario y encuesta de satisfacción.
Observación	Transcripción, codificación y análisis datos.	Recogida de resultados y análisis.
Reflexión	Interpretación y reflexión resultados.	Identificación de elementos de mejora de la intervención y evaluación del cambio.

1º ciclo: se orienta a la consecución de los tres primeros objetivos del estudio:

1. Analizar las vivencias y perspectivas de mujeres sobre sus relaciones sexuales tras el parto.
2. Identificar los conocimientos de las mujeres acerca de los cambios en sus relaciones sexuales y sus estrategias de mejora de su situación.
3. Identificar los elementos de mejora desde la perspectiva de las mujeres, en el manejo de las disfunciones sexuales femeninas desde la atención sanitaria y en particular desde la fisioterapia

Se ha realizado una implementación inicial de este ciclo, a modo de puesta a prueba de procesos de recogida de datos y de codificación que se expondrán en el apartado de resultados.

Planificación: Los datos fueron recogidos entre los meses de noviembre de 2020 y febrero de 2021, estando presente el estado de alarma y situación de pandemia provocada por el Covid-19. El análisis de esos datos se realizó entre los meses de febrero y marzo de 2021.

Para la selección de la muestra, se llevó a cabo un muestreo intencional, no probabilístico, por conveniencia y accesibilidad a las participantes. (59)

3. Metodología

De este modo, la muestra fue captada desde la base de datos del centro donde tendrá lugar el estudio. Concretamente de entre las pacientes cuyo motivo de consulta estaba relacionado con la esfera uroginecológica y/o coloproctológica. Dicho centro es el lugar de trabajo de una de las investigadoras, por lo tanto, ya existía una relación profesional y confianza entre ellas.

Los criterios que se establecieron para la selección de la muestra fueron los siguientes. (59)

- Criterios de homogeneidad: mujeres que hayan dado a luz y presenten en la actualidad síntomas de alteración de su función sexual; los síntomas deben haber aparecido después del parto y seguir presentes en la actualidad al menos de manera parcial; que no padezcan ninguna otra enfermedad que pudiera ser causante de sus síntomas; y que hablen con dominio la lengua española.
- Criterios de heterogeneidad: rango de edad comprendido entre los 18 y 40 años (9,42,43); parto eutócico con o sin instrumental, o parto por cesárea (8,18,24,43); tiempo transcurrido desde el parto situado entre los 3 meses y 2 años (18,43,44,60,61); número de partos entre 1 y 2 (41); nivel cultural que abarque desde la educación primaria hasta la educación superior; con nacionalidad, ocupación laboral, y frecuencia de actividad física y sexual indiferente.

Se les informó previamente del diseño y objetivos del estudio a través de un consentimiento informado, diseñado expresamente para ello (Anexo 1). Se registraron sus datos personales, que serán confidenciales, y sus variables descriptivas (Tabla 2, en apartado 4. Resultados).

No se estableció a priori el tamaño de la muestra, dada la naturaleza teórica no intencional del muestreo del estudio. Este dependerá de cuándo se alcance la saturación de la información (ver “saturación de la información” en apartado 3.6 Calidad de la investigación) (56,62)

Se diseña un guion de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas orientadas hacia dichos objetivos (Figura 3, en 3.4 Técnicas de recogida de información). Se llevará a cabo a través de grupos focales y entrevistas en profundidad, hasta alcanzar la saturación de la información. Los grupos focales

3. Metodología

serán de entre 3 y 10 personas, y las entrevistas en profundidad de una sola persona (63). Se realizarán de manera presencial en el centro de fisioterapia, fuera del horario laboral. Estas serán grabadas en formato de audio, con la autorización de las participantes, para su posterior transcripción literal y análisis de la información. Una de las investigadoras será la moderadora, mientras que la otra será la observadora y tomará notas de campo.

Una vez se acuerde el día de la cita, se enviará un recordatorio de la misma a través de un mensaje de *whatsapp* y un correo electrónico, 5 días antes y el día antes del encuentro, pidiendo su confirmación. Se estima que la duración del grupo focal será en torno a los 90 min, mientras que la entrevista en profundidad, alrededor de los 40 min.

Acción: se llevan a cabo las entrevistas en profundidad y grupos focales, tal como se ha planeado previamente. Antes de dicha intervención, se recogerán los consentimientos informados firmados por las participantes, y la hoja rellena de sus variables descriptivas; y se vuelve a exponer brevemente los objetivos del estudio. Se recuerda a las participantes la confidencialidad de sus datos y el derecho a no contestar a cualquiera de las preguntas, así como de abandonar la entrevista en el momento que lo deseen.

Se graban las entrevistas en formato de audio y se toman notas de campo de los aspectos que se consideran importantes para la posterior interpretación de los datos (comunicación no verbal, o identificación de la persona que interviene).

Se cuida que el ambiente del centro sea agradable, luminoso, bien ventilado; se llevará agua, café y té para las participantes que necesiten o deseen beber algo.

Observación: Se realiza el análisis de la información obtenida de las entrevistas (ver apartado 3.5 Análisis de datos). En este análisis, las investigadoras tendrán en cuenta su propia perspectiva y subjetividad.

Reflexión: Comienza la interpretación de los datos, que extrae la información sobre la que concretar la planificación del 2º ciclo. El 1º ciclo se repetirá hasta alcanzar la saturación de la información, cuando la información extraída ya no sea novedosa. Esto permitirá el paso al siguiente ciclo.

3. Metodología

2º ciclo: orientado a la consecución del cuarto objetivo de estudio:

4. Implementar un proceso de atención desde la fisioterapia, que permita el cambio hacia la mejora en la situación que viven las mujeres en sus relaciones sexuales después del parto.

Planificación: en base a los resultados obtenidos en el ciclo anterior, se planifica una intervención basada en la educación sanitaria, adaptada a las necesidades de las participantes. El fin es eliminar falsas creencias, ampliar los conocimientos y fomentar las habilidades y la confianza de las participantes que les permitan tomar medidas para el manejo de su situación y mejora de su salud. (64)

Se incluirá educación en neurociencia del dolor (65), fisiopatología del proceso, DS femenina, implicación del SP en el proceso, localización de los genitales, comportamientos sexuales saludables (26), educación y fomento de actividad sexual no dolorosa, con enfoque en las sensaciones placenteras (24,26) y técnicas de estimulación como el uso de vibradores. (24)

Se enseñarán ejercicios respiratorios, técnicas de relajación y meditación mindfulness (26,46,66), alternativas y fomento del ejercicio y actividad física (46,65), ejercicios de movilidad y estabilización pélvica (26, 66); estiramientos de la musculatura abdominal, lumbar, de miembros inferiores y pelvitrocantérea (26,66); entrenamiento específico de la MSP (26,46,66) y ejercicios de movilización del tejido neural (26,66), además de informar del posible uso de dilatadores vaginales si fuese necesario. (26,66)

El programa tendrá una duración de dos meses; se realizará una sesión por semana, y se impartirán a grupos de entre 4 y 8 personas, para fomentar la intervención y participación de las mujeres.

Se impartirán en el mismo centro de fisioterapia donde se realizaron las entrevistas. Se apoyarán en medios audiovisuales con proyección de diapositivas en una pantalla y uso de modelos anatómicos de la pelvis femenina. Cada sesión tendrá una duración máxima de 45 min y se intercalará la exposición de información con la práctica de ejercicios para facilitar mantener la atención. Para la realización de los ejercicios, se contará con colchonetas y una sala amplia.

3. Metodología

Se combinará la temática de las sesiones según se considere necesario, en función de los resultados obtenidos en el ciclo anterior, remarcando así el carácter de diseño flexible de este tipo de investigación.

Una de las investigadoras será la encargada de impartir las diferentes alternativas de la educación sanitaria, mientras que la otra será la observadora y examinadora del transcurso de la intervención y las posibles mejoras al respecto, con la ayuda de notas de campo.

A final de cada mes, en el centro de fisioterapia, las participantes realizarán un cuestionario con preguntas específicas sobre los temas tratados en la educación sanitaria, para evaluar los conocimientos adquiridos; además de una encuesta de satisfacción. Esta contendrá preguntas orientadas a su percepción del cambio en su situación tras la intervención propuesta, y grado de satisfacción con el desarrollo de dicha intervención. De este modo, a través del análisis de los resultados del examen y de la encuesta, se pueden identificar elementos de mejora en la primera mitad del programa, para modificarlos antes de continuar con el mismo, así como para posteriores implementaciones. Se muestra de nuevo la flexibilidad y el carácter iterativo en el diseño de esta investigación.

Acción: se lleva a cabo el abordaje basado en la educación sanitaria y posterior evaluación a través de cuestionarios y encuestas de satisfacción, con la colaboración de ambas investigadoras, como se ha descrito anteriormente.

Observación: se analiza cómo ha transcurrido el desarrollo de la intervención, así como lo recopilado en las notas de campo de las investigadoras, los resultados de los cuestionarios de contenido y de las encuestas de satisfacción.

Reflexión: se reflexiona sobre lo observado acerca de la intervención y de la acción de las investigadoras. Se interpretan los datos analizados del cuestionario de contenidos para identificar si se han adquirido los conocimientos impartidos; así como los datos de la encuesta de satisfacción para averiguar si la autopercepción de cambio de las participantes es positiva.

Este análisis de datos y reflexión se lleva a cabo a la mitad y al final del programa. Se identifican las modificaciones necesarias con el fin de mejorarlo para futuras intervenciones. De nuevo, se repetirá tantas veces como sea necesario para llegar a

3. Metodología

alcanzar un cambio en su situación o cuando se comience a establecer una dinámica de cambio en esa población.

Este ciclo sigue la siguiente secuencia: planificación global del 2º ciclo, acción de la primera mitad del programa, análisis y reflexión de los resultados de la primera mitad. Estos guiarán el proceso: volver a la planificación de la segunda mitad del programa y de posteriores implementaciones, aplicando los posibles elementos de mejora; o continuar con el proceso planificado inicialmente si no se precisasen modificaciones.

3.4 Técnicas de recogida de información

Los sistemas de recogida de información utilizados en el presente estudio fueron las entrevistas en profundidad, los grupos focales, las notas de campo tomadas por las investigadoras, los formularios de datos personales, los cuestionarios de conocimientos y las encuestas de satisfacción. (63,67,68)

Se convocarán grupos de 3 a 10 mujeres para los grupos focales, y las entrevistas en profundidad serán individuales. Siguen un guion semiestructurado con preguntas abiertas hacia a los temas de relevancia (Figura 3, más abajo).

Los grupos focales permiten una interacción entre las entrevistadas, que hace emerger la información de sus vivencias; mientras que la entrevista en profundidad posibilita una profunda indagación centrada en la entrevista y su participación abierta, y con ello la trascendencia de la información obtenida. (63,68,69)

Ambos se harán de manera presencial, y serán grabadas por una de las investigadoras mediante una grabadora de audio, al mismo tiempo que la otra investigadora toma notas de campo de lo que se considere relevante y no se pueda captar en la grabación de audio. Se realizarán tantos como sean necesarios para alcanzar la saturación de la información (ver “saturación de la información” en apartado 3.6 Calidad de la investigación).

Por otro lado, se recogen las variables descriptivas de las participantes en un formulario que se les envía a través de un correo electrónico, días antes de la entrevista. (67)

3. Metodología

Para la evaluación del proyecto, se propone el uso de cuestionarios de conocimientos diseñados específicamente para evaluar la temática impartida, así como encuestas de satisfacción, con preguntas orientadas a su autopercepción de cambio en su situación, y grado de satisfacción con la metodología usada. (55)

- **Guion de preguntas**

- 1) ¿Han cambiado las relaciones sexuales después del parto? (motivación, cantidad, calidad, prioridad...) ¿Cómo han cambiado? ¿Qué sentís diferente, o qué habéis dejado de sentir como antes? (vivencias psíquicas o físicas)
- 2) ¿Por qué creéis que han cambiado? ¿Qué creéis que está influyendo en ese cambio? ¿Pensáis que es un proceso normal?
- 3) ¿Este cambio es algo que os preocupe?, ¿cómo de importantes son las relaciones sexuales para vosotras?
- 4) ¿Habéis hablado abiertamente sobre este cambio con vuestra pareja o cualquier otra persona de confianza? ¿Os sentías apoyadas?
- 5) ¿Qué perspectivas tenéis acerca de estos cambios que habéis notado, de cara al futuro? ¿Creéis que va a ser algo permanente, o que se puede hacer algo para modificarlo?
- 6) ¿Habéis intentado vosotras "mejorarla" o cambiarla de algún modo? ¿Cómo?
- 7) ¿Sabéis a qué profesional acudir para plantear vuestra situación o solicitar ayuda? ¿Os habéis animado a hacerlo? ¿Cuál ha sido la gestión sanitaria de este aspecto? ¿Ha sido satisfactoria?
- 8) ¿Conocéis el papel de la fisioterapia en este ámbito? ¿Qué creéis que puede hacer para ayudaros?

Figura 3: Guion de preguntas para los grupos focales y entrevistas en profundidad

3.5 Análisis de datos

Para el análisis de los datos cuantitativos, se genera una matriz de datos con los resultados de las variables de cada participante (Tabla 2, en 4. Resultados), y posteriormente se calcula el porcentaje de los resultados de las variables con respecto al total de la muestra, y la media del resultado de cada variable. (70,71)

Para el análisis de los datos cualitativos, se transcribe literalmente la información contenida en las grabaciones de las entrevistas en profundidad y de los grupos focales, apoyada por aquella recogida en las notas de campo. (67,69,70,72)

A continuación, se sintetiza y reduce esa información a través de un proceso de

3. Metodología

codificación abierta y axial. Se divide en unidades de significado, según criterios de temática y contenido, a las que se les atribuye un código definido por las investigadoras. Estos se agrupan en familias según su significado, y se crea así un libro de códigos con sus definiciones y sus usos. Posteriormente, se estudian y exploran las relaciones entre los códigos y las familias de códigos, y se representan en un mapa conceptual que permite una mejor perspectiva, entendimiento e interpretación de la información obtenida (Figura 4, en apartado 4. Resultados).

El proceso de codificación se realiza por cada una de las investigadoras de manera independiente, para su posterior puesta en común. A raíz de ese procesamiento de la información, se desarrollan las conclusiones del estudio. (63,67,70)

De manera similar, se realiza un análisis de la información contenida en los cuestionarios de conocimientos y encuestas de satisfacción. Se realizará una codificación abierta de los datos, como se describe para la información de las entrevistas. Posteriormente, se analizarán e interpretarán para extraer las conclusiones acerca de la consecución del cambio. (55)

3.6 Calidad de la investigación

Con el fin de asegurar el rigor de la investigación, es decir, su grado de certidumbre, se deberá garantizar la mayor fidelidad posible en la retransmisión de la realidad que se pretende estudiar. (51,63)

Para ello, se adoptan una serie de estrategias para cumplir los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, que aseguran la calidad y científicidad de la investigación. (51,63,73) Se exponen a continuación:

- Credibilidad: las investigadoras forman parte de la entrevista como sujetos activos; se comprueba periódicamente la información con las participantes, a través de repeticiones o reafirmaciones de sus testimonios, y preguntas para comprobar la comprensión. (63) Se recoge la información a través de diferentes tipos de entrevista grabadas en audio y con toma de notas de campo, cuyos datos son transcritos de manera literal y contrastados entre sí posteriormente, y se cuenta con la participación de dos investigadoras. De este modo, se intenta evitar sesgos y distorsiones en la interpretación de la

3. Metodología

realidad de las participantes, que afecten a la veracidad de la investigación. (51,63,73)

- Transferibilidad: se lleva a cabo un muestreo teórico intencional, (hasta llegar a la saturación de la información, que se explica más adelante), con el fin de lograr la mayor amplitud de datos recogidos y reflejarlos junto con la descripción minuciosa de todos los procesos realizados. Esto permite a otros investigadores conocer al detalle las características del estudio y su contexto, y poder comparar con otros contextos similares. (51,63)
- Dependencia: se detallan exhaustivamente todos los procedimientos llevados a cabo, las condiciones en las que se dieron y la actitud de las investigadoras en cada momento. Así, se refleja con mayor exactitud el contexto de la investigación, para que pueda comprenderse la realidad y el entorno de todo el proceso. Además, para potenciar este aspecto del estudio, se podría solicitar la realización de una auditoría de expertos. (51,-63,73)
- Confirmabilidad: se comprueba de manera continua la información con las participantes, se realiza una triangulación de la información (explicada a continuación) y se describe el posicionamiento de las investigadoras, con el fin de asegurar la objetividad de la información recaudada. (51,63,73)

Para garantizar la credibilidad y confirmabilidad del estudio, también se guardarán los documentos de audio, la transcripción literal de las entrevistas, las notas de campo, y el proceso de análisis e interpretación de la información en códigos y familias.

El proceso de triangulación se lleva a cabo a través de la búsqueda de la información en diversas fuentes, como el testimonio de las participantes y los formularios; y mediante diferentes técnicas de entrevista. Esto permite acceder a más información desde diferentes perspectivas. Posteriormente se transcribe la información de manera literal y los datos son contrastados entre sí y codificados por dos investigadoras, primero individualmente y después en una puesta en común. Esto aporta una mayor diversidad en la interpretación de los datos y permite contrastar la información entre ellas. (51,54,67)

Todo ello contribuye a disminuir el sesgo de la individualidad de un solo investigador, además de los posibles sesgos subjetivos de las investigadoras en la interpretación de la realidad de las participantes y así aportar una mayor confiabilidad al estudio.

3. Metodología

Por último, otro factor que aporta rigor a la investigación y que ya se ha mencionado anteriormente en el estudio, es la saturación de la información. Esta se alcanza a través del muestreo teórico intencional y de la repetición de estos ciclos en espiral, hasta que se considere necesario. Este tipo de muestreo permite reclutar participantes de manera indefinida hasta que el análisis concomitante de la información no aporte nuevos datos. De esta manera, se recoge una mayor amplitud de datos y por lo tanto una mayor profundidad de conocimiento. Se remarca así el carácter iterativo de este tipo de investigación, que repite los procesos hasta alcanzar el objetivo deseado. (56,62,63,74)

Para mejorar el rigor científico durante la realización del estudio y la redacción de los informes de investigación se seguirán las directrices Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (75)

3.7 Consideraciones éticas

Se declara que en el diseño e implementación del presente estudio se respetan los principios éticos promulgados en la última versión de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (Fortaleza, Brasil octubre de 2013). (76) En todo momento se garantiza la máxima confidencialidad y anonimato de los datos, para lo cual se codifican sus identidades.

Se solicita un consentimiento informado para la participación en el estudio, en el que se recoge también el derecho a poder abandonarlo en cualquier momento, si así lo desearan. Se informa a todas las participantes de la finalidad del estudio, la metodología empleada, y la necesidad de grabar sus intervenciones en formato de audio.

Una vez este proyecto sea revisado por el tribunal del trabajo de fin de máster (TFM), recogerá los aspectos de mejora y se solicitará su aprobación al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) para su implementación completa.

4. RESULTADOS

Se exponen los resultados del proceso de implementación inicial del primer ciclo de este proyecto. Este se realizó según la planificación previa detallada en la metodología, a excepción de algunas adaptaciones necesarias para cumplir la normativa vigente frente al Covid-19, que se exponen a continuación.

El número máximo de personas que podían reunirse eran 6, por lo que ese fue el máximo de personas implicadas en el grupo focal, incluyendo a las dos investigadoras. Se llevó a cabo un grupo focal, al que acudieron 3 participantes, con una edad comprendida entre los 31 y los 36 años. Sus variables descriptivas se recogen en la tabla 2.

Se realizaron dos entrevistas en profundidad. Una de ellas fue de manera presencial, en un lugar al aire libre acordado por la participante y una de las investigadoras; y la otra a través de una videollamada. Esto estuvo de nuevo determinado por la situación de pandemia del momento. Las edades de las participantes eran 37 y 25 años, respectivamente. (Tabla 2).

Tabla 2: VARIABLES DESCRIPTIVAS DE LAS PARTICIPANTES

Participantes		P1. GF1	P2. GF1	P3. GF1	P1. EP1	P2. EP1
Edad (años)		36	31	36	25	37
Nacionalidad		Española	Española	Española	Española	Española
Nivel estudios		Superior	Superior	Superior	Superior	Superior
Ocupación		Administración	Odontología	Investigación	Administración	Policía
Número de partos		1	1	1	1	2
Meses postparto		3	4	9	10	5
Tipo de parto		Vaginal, episiotomía	Vaginal, desgarro	Vaginal, instrumental, episiotomía	Cesárea	Vaginal, desgarro
Actividad sexual (vez/mes)	A.P.	12	4	6	8	4
	D.P.	4	2	4	3	2
Reinicio actividad sexual (mes)		2	2	7	6	3
Actividad física (horas/semana)	A.P.	Pilates: 1 Caminar: 6	Pádel: 1 Gimnasio:1	Caminar: 6	Gimnasio: 4 Caminar: 4	Gimnasio: 4 Carrera: 4
	D.P.	Pilates: 1 Caminar: 6 Ejercicio SP: 5	Caminar: 3 Ejercicio SP: 3	Caminar y bicicleta: esporádico EjercicioSP:4	Gimnasio: 2 Caminar: 2	Gimnasio: 4 Carrera: 4

Px.GFx: Paciente x del grupo focal x. Px.EPx: Paciente x de entrevista en profundidad x. A.P.: antes del parto. D.P.: después del parto. SP: suelo pélvico.

4. Resultados

La entrevista del grupo focal tuvo una duración de 1 hora y 40 minutos, y las individuales variaron entre 12 minutos de duración y 36 minutos.

Tras la transcripción literal de las entrevistas, se emprendió un proceso de codificación. Tras el análisis preliminar emergieron 6 familias que integraban 31 códigos (Tabla 3), que son explicadas a continuación:

Tabla 3: FAMILIAS Y CÓDIGOS

FAMILIA	CÓDIGOS
Síntomas	Dolor, malestar, libido, lubricación, mejoría
Consecuencias	Aspecto físico, bebé, conflicto roles, experiencias, tiempo
Aspectos emocionales	Miedo, preocupación, sentimientos, comparación
Difusión	Comunicación, información, comprensión, empatía, apoyo, idealización
Mentalidad	Creencias, expectativas, relevancia, educación, obligación, infravaloración
Abordaje	Asistencia, negligencia, estrategias, búsqueda soluciones, Covid-19

SÍNTOMAS: recoge las alteraciones más frecuentes o más relevantes, experimentadas en las relaciones sexuales de las participantes tras su parto.

Las más relevantes son el dolor durante las relaciones, imposibilitando en ocasiones el acto sexual; sensaciones desagradables que les supone un malestar dificultando su disfrute. La disminución de la libido, la disminución del placer, molestias, o una menor lubricación de la zona son otros ejemplos.

P1. GF1: *“la penetración tiene que ser de una determinada manera porque sí que me molesta un poquito, [...] porque si tira un poquito para abajo me duele”*. Código: dolor.

P3. GF1: *“tenía apetito sexual menos diez, no cero, menos diez, y luego cuando en algún momento pues te acabas estimulando dices, venga, te tienes que poner a ello para que te apetezca”*. Código: libido.

También se incluye la mejoría de los síntomas, que puede ser espontánea, o bien por el tratamiento o por algún cambio de conducta iniciado por ellas mismas, como los descritos en el código de estrategias.

4. Resultados

CONSECUENCIAS: reúne las consecuencias que señalan como más importantes a partir de su embarazo, parto y postparto; exceptuando los síntomas, que conforman una familia propia.

La alteración del cuerpo es una de ellas, ya que hacen numerosas y significativas referencias por la influencia del aspecto físico en los aspectos emocionales y también sexuales que esto conlleva. Los más destacados son el aumento de peso, el aumento de volumen abdominal y menor firmeza en el pecho.

P1. GF1: *“Pues me veo gorda, o sea, tengo 9kg más que antes de quedarme embarazada, la tripa la tengo fofa, el pecho caído, es como...”* Código: aspecto físico.

Otra de las consecuencias son los múltiples cambios que conlleva la presencia del nuevo bebé, como las alteraciones en los hábitos y actividades de la vida diaria, que comienzan a girar en torno él, y la constante demanda de atención y tiempo que supone, produciendo una falta de tiempo en general, y en particular para dedicarle a la intimidad con la pareja.

P1. GF1: *“ahora es como tienes una personita que depende de ti todo el rato y es como... tu tiempo no es tuyo, o sea realmente tiempo para ti no tienes”.* Códigos: bebé y tiempo.

Todo ello hace que a veces aparezca un conflicto de roles, al haber pasado a cumplir únicamente la función de madre y cuidadora con el nacimiento del bebé, abandonando su anterior identidad de mujer independiente y pareja activa.

La atención sanitaria en este proceso se centra casi en exclusiva en el bebé, dejando en segundo plano las atenciones que requiere la mujer en el posparto. Esto fomenta aún más esa percepción de cambio de roles que se ve sumada a las experiencias vividas en todo el proceso, y así lo denuncian las participantes.

P1. GF1: *“dejas un poco de sentirte mujer para ser madre. Olvidas un poco tu lado...ahora es como que mi pecho es un alimento, mi barriga ha sido tu casa... no sé si eso cambiará, pero como que he dejado un poco de lado mi parte femenina para centrarme en la de ser madre”.* Código: conflicto roles.

4. Resultados

ASPECTOS EMOCIONALES: hace referencia a la parte más subjetiva de las relaciones sexuales y a lo que sienten las participantes en torno a su situación y sus dificultades en las relaciones sexuales después del parto.

Las nuevas situaciones personales, las vivencias y las dificultades en las relaciones sexuales generan unos sentimientos que son generalmente de carácter negativo, como la tristeza, el agobio y la impotencia por no saber qué hacer ante su situación, y la frustración ante los cambios que les disgustan.

P1. GF1: *“tú te empiezas a encontrar mal y te sientes la peor persona del mundo, porque todo el mundo está súper feliz y yo estoy hecha una mierda, súper triste, estoy súper agobiada, no me encuentro bien”*. Código: sentimientos.

En numerosas ocasiones también hacen referencia a sus preocupaciones. Expresan la intranquilidad y desasosiego que sienten ante las propias secuelas generales del postparto, y por la salud y el cuidado del bebé, lo cual consideran que repercute en su interés y deseo sexual.

P2. GF1: *yo estaba preocupada porque veía que él tampoco insistía en tener relaciones, entonces yo ya no sabía... pues como que le había dejado de parecer atractiva”*. Código: preocupación.

Cuando esas preocupaciones son de una gran intensidad, las participantes lo denominan como “miedo”. Hablan de miedo a las propias relaciones sexuales o al dolor que puedan sentir durante ellas; y también miedo a que sus problemas en las relaciones supongan un cambio en su relación de pareja.

P1. EP1: *“como que se me ha quedado como ese trauma, como ese miedo de “madre mía, es que me va a doler”*. Código: miedo.

También se incluyen las frecuentes comparaciones que establecen entre su situación y la de otras personas.

DIFUSIÓN: comprende la necesidad de las pacientes de exteriorizar su situación y compartirla con el entorno, y para reflejar la falta de divulgación que hay en torno a los cambios que ocurren después del parto, en concreto en las relaciones sexuales.

4. Resultados

Las participantes reclaman más información por parte de los profesionales sanitarios acerca de su proceso y los cambios que este conlleva. Consideran que es insuficiente, ya que refieren no haber sido apenas informadas acerca de las secuelas y posibles problemas que podían experimentar después del parto.

P1. EP1: *“Si desde el minuto uno se puede arreglar, ¡avísame, dímelo! Dime “vete a una privada que te van a ayudar” ¡y yo me voy! Pero te lo normalizan todo tanto que no eres consciente.”*

Código: información.

A la vez denuncian la divulgación que se hace en redes sociales y distintos medios, de una imagen irreal e idealizada de la esfera de la maternidad, que solo muestra sus aspectos positivos de una manera idílica y oculta las dificultades que conlleva, además de promover una idea de que la nueva madre tiene que mantener una imagen perfecta, bella, inalterada tras el parto, pudiendo retomar su vida anterior sin complicaciones, incluyendo la vida sexual.

P1. GF1: *“La irrealidad de las redes hace mucho, porque no es verdad. Una de mis amigas dio a luz una semana antes que yo. Yo estaba con la molestia del desgarro y esta chica no hacía más que mandar fotos de su vida perfecta, un posparto idílico en casa de sus suegros, ella estupenda dándole el pecho, vídeos...”* Código: idealización.

En numerosas ocasiones, las participantes también expresan su deseo de comunicar y compartir su situación con su entorno, en especial aquellos aspectos que les resultan más dificultosos. Refieren bienestar cuando se sienten comprendidas en sus vivencias, cuando otros empatizan con su situación o cuando reciben apoyo de sus parejas, familiares o amistades. También sienten impotencia y frustración cuando no se ven reflejadas en esa difusión idealizada, alejada de la realidad, que se hace de la mujer madre y la maternidad.

P3. GF1: *“me encanta escucharos porque sois las primeras personas que me están contando que esta vivencia es completamente normal, y para mí eso es importante”*. Códigos: comunicación, comprensión, apoyo.

4. Resultados

MENTALIDAD: refleja las maneras de pensar, entender y vivir la realidad en la que se encuentran las participantes.

Sostienen una serie de creencias acerca de los diferentes factores contribuyentes o causantes de su estado. Atribuyen el dolor y las dificultades que tienen en las relaciones sexuales principalmente a la presencia de cicatrices por episiotomía, desgarró o cesárea, al estado del SP en general y a si su proceso de parto fue largo y/o con complicaciones. Consideran también que hay una gran influencia hormonal en el desarrollo de su sintomatología.

También tienen ciertas ideas preconcebidas y dudas acerca de cómo debería ser la evolución de su proceso de recuperación postparto. Se plantean si han tardado mucho en retomar las relaciones sexuales; si es normal que todavía sientan incomodidad o dolor al mantenerlas, o que tengan un menor deseo sexual.

P1. GF1: *“Y no sólo es la cicatriz, yo creo que también es el estado del suelo pélvico. Que nos centramos muchas veces en lo más exterior, como es lo que se ve, nos preocupa la cicatriz, los puntos, y tal, ¿no? Pero también yo creo que como tengas tu suelo pélvico influye, o sea... en las relaciones sexuales”.*

Código: creencias.

Dicha mentalidad se ve reflejada también en sus expectativas de futuro. Algunas participantes muestran expectativas de cambio, mientras que otras presentan una visión más limitada de su recuperación y asumen que las dificultades que presentan actualmente las van a acompañar en el futuro.

P3. GF1: *“Luego cuando empiezas a ver que cambias un poco y que empiezas a estar mejor y tal, pues dices “¡ah sí! Existe la posibilidad de volver a ser yo misma”.* Código: expectativas.

La relevancia hace referencia a la importancia que tienen las relaciones sexuales para ellas. En ocasiones expresan también un pensamiento de obligación de mantenerlas, aún sin desearlas en algunos casos, para satisfacer lo que consideran “las necesidades de su pareja”, sin que ellos lo hayan expresado.

4. Resultados

Otro elemento destacable es la infravaloración que perciben en la sociedad por parte de algunos profesionales sanitarios, e incluso en ocasiones las propias participantes, devaluando ellas mismas los problemas que presentan.

P2. GF1: *“es verdad que lo único que he tenido así ha sido el tema de las relaciones, y...que tampoco, me sabía mal ir al médico por ese tema, ¿sabes?”*. Código: infravaloración.

En esta forma de pensar, las participantes identifican una clara influencia de su contexto y educación familiar, haciendo referencia al trato que ha recibido en sus familias el tema sexual, siendo siempre un tema tabú.

P3. GF1: *“no se habla del tema sexo. Por lo menos en mi casa es un tema bastante tabú como en las vuestras, creo que es un tema generacional”*. Código: educación

ABORDAJE: esta agrupación hace referencia a toda acción que implique atención o tratamiento de los problemas de las pacientes lo referente a sus alteraciones en el posparto, y en concreto sobre sus dificultades para las relaciones sexuales.

Las participantes describen falta de asistencia sanitaria, denunciando que este sector centra toda su atención en el bebé, y no ofrece soluciones, ni atención, a los problemas y demandas de las mujeres en el posparto, una vez cumplido el periodo de cuarentena.

P1. GF1: *“Te dicen que el posparto puede ser muy duro, pero nadie luego te da el apoyo. O sea, te lo cuentan, pero luego no hacen por intentar que estés bien, ni por preocuparse por cómo estás”*. Código: asistencia.

Comentan la falta de cuidado por parte de algunos profesionales del sector sanitario, que las dejan desatendidas, y que se acentúa además con una muestra de falta de comprensión y consideración con las necesidades de las mujeres, al hacer incluso, en ocasiones, comentarios o juicios inapropiados e indebidos sobre lo que ellas refieren, constituyendo así una negligencia.

P2. GF: *“Pero si tienes la cicatriz ya completamente cerrada. Qué pasa, ¿qué no tienes relaciones sexuales con tu marido? Pues ya es hora de que te espables, porque es que no es para tanto porque lo tienes ya perfectamente*

4. Resultados

bien. Cuanto más te pongas menos te dolerá.” Te lo juro, yo salí de ahí...”

Código: negligencia.

Esta familia también engloba las actuaciones iniciadas por parte de las propias pacientes para la mejoría de sus disfunciones, consideradas como estrategias propias (como probar diferentes posiciones durante las relaciones sexuales, o hacerse ellas más activas). Además, las participantes buscan soluciones a través de ayudas externas (como consultar a profesionales sanitarios, buscar diferentes alternativas de tratamiento, consulta de redes sociales o búsqueda de grupos de apoyo).

P3GF: *“Desde hace mucho tiempo, me ponía yo siempre debajo porque así me movía menos, y bueno, al final he visto que no. De pronto cambié el chip y dije “voy a probar”.* Código: estrategias.

Debido a las numerosas referencias que hacen las participantes sobre la alteración causada por la situación de pandemia por Covid-19 en la asistencia sanitaria, se ha considerado como otro elemento más incluido en esta familia de abordaje. Aseguran que la asistencia sanitaria recibida tanto en el embarazo como en el posparto, se ha visto mermada por el confinamiento y la saturación del sistema sanitario.

Como resultado, se muestra la relación entre familias y códigos (figura 4):

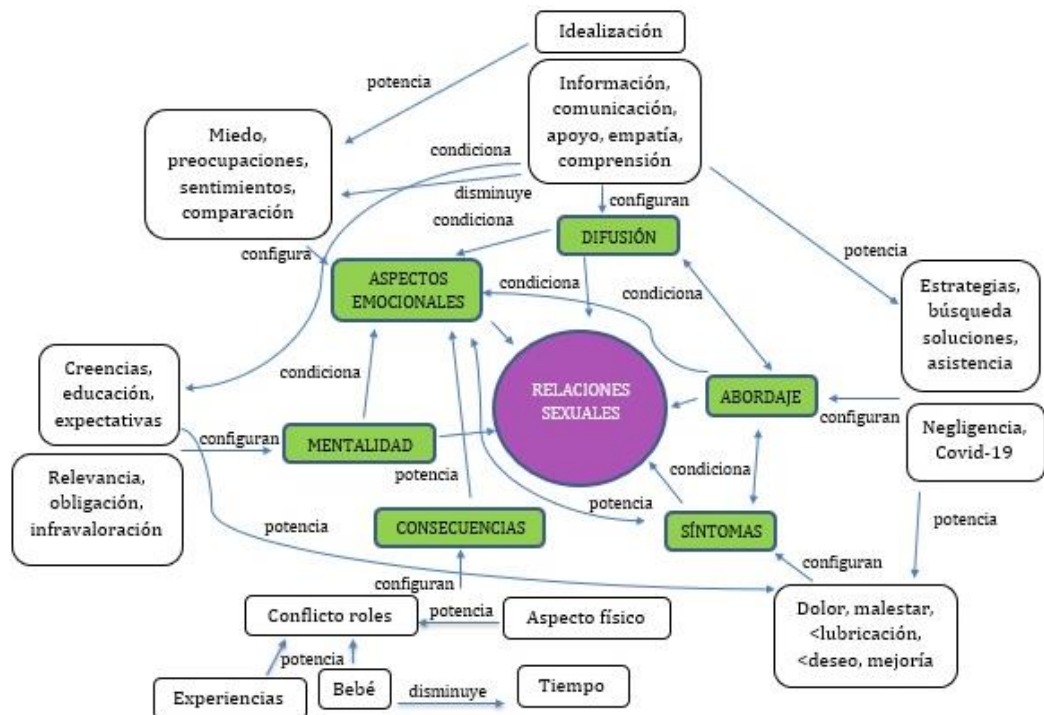


Figura 4: Esquema de las relaciones entre familias y códigos

4. Resultados

Tras esta implementación inicial, se lleva a cabo un proceso de reflexión sobre el desarrollo de la investigación en el que se observan los siguientes elementos de mejora:

- El número de participantes incluido en el primer grupo focal se vio limitado por la normativa vigente instaurada por el Covid-19. Además, la presencialidad de la participación también fue el motivo de rechazo en muchas ocasiones. Esto conllevó a la adaptación de los grupos focales y entrevistas a modalidad online o espacios abiertos. Pese a ello, hubo una escasa disponibilidad, de nuevo por motivos relacionados con el Covid-19, por lo que no fue posible realizar un grupo focal online y observar las diferencias con la modalidad presencial, lo cual habría sido de interés para futuras implementaciones.

- Se observan diferencias en la extensión y profundidad de las respuestas de las participantes del grupo focal, en comparación con las de las entrevistas individuales:

El grupo focal parece crear un ambiente que propicia un debate participativo, cercano y colaborativo entre las participantes, que no se da en las entrevistas en profundidad. Las participantes parecían encontrar comprensión y apoyo que les facilitó expresarse con mayor detalle y profundidad, obteniendo así datos más significativos.

Las entrevistas en profundidad se llevaron a cabo de manera online y presencial. Una de ellas en un espacio abierto, con menor privacidad y mayor exposición. Se considera que esto dificultó el desarrollo detallado de las respuestas, evidenciándose en la duración de la entrevista y la profundidad de la información. La segunda entrevista se realizó por videollamada; la participante se encontraba en el espacio controlado y privado de su domicilio, sin compañía. Esto pareció facilitar la profundidad de la información aportada. Por lo tanto, se considera que el carácter presencial y grupal de las entrevistas parece ser facilitador, siendo la modalidad que aparentemente ha aportado mayor información. El entorno concreto en el que estas se realizan parece ser también determinante, lo cual se identifica como un elemento para tener en cuenta en futuras implementaciones.

- Por otro lado, tras el análisis de los datos recogidos en las entrevistas del primer ciclo, se ha observado una escasez de información obtenida al respecto de los conocimientos de las mujeres acerca de los cambios en sus relaciones sexuales y

4. Resultados

sus estrategias de mejora de su situación. Por lo tanto, se deduce que las preguntas de la entrevista no son del todo adecuadas o suficientes para la consecución de dicho objetivo. Para futuras implementaciones, se considera necesario añadir preguntas que indaguen más específicamente acerca de ello. Se observa también que las preguntas orientadas al análisis de las vivencias y perspectivas acerca de sus relaciones sexuales sí permiten obtener una gran variedad y riqueza de datos al respecto. De este modo, se considera que son acertadas y no se modificarían por el momento.

- Se plantea también la posibilidad de reorganizar el orden y la estructura de dos preguntas, con el fin de agilizar el desarrollo de la entrevista. Se observó que las participantes enlazaban la respuesta de ambas, a pesar de plantearse como dos preguntas diferentes separadas en el guion.

- Por otro lado, se desea mencionar también que el análisis de la codificación se ha realizado en común acorde al criterio de ambas investigadoras. No obstante, para la implementación del proyecto completo sería interesante contar con el asesoramiento externo de expertos en análisis de codificación, para contar así con un mayor rigor. Ya que se tiene en cuenta que la subjetividad de las investigadoras, ambas como mujeres a las que puede afectar más de cerca esta realidad, y en especial como madre a una de ellas, influye inevitablemente en la interpretación y análisis de los resultados.

- La realización de un Libro de Códigos durante el proceso de codificación abierta de las entrevistas transcritas, sería beneficioso para establecer un marco de referencia y poder consultarlo en caso de dudas en la codificación.

- Se sugiere la realización de un mayor número de grupos focales con diferentes criterios de homogeneidad y heterogeneidad, como por ejemplo otros rangos de edades, diferentes nacionalidades y niveles de estudio, para contar con más variedad en la muestra y mayor rango de datos, y contemplar así la posible influencia de esas variables en las respuestas de las participantes.

- Se presentará el diseño del proyecto para solicitar su aprobación ante el CEIC que corresponda, antes de la siguiente implementación.

Se tendrán en cuenta estas reflexiones para mejorar futuras implementaciones.

5. DISCUSIÓN

Este estudio está orientado a producir un cambio en las relaciones sexuales de las mujeres tras haber dado a luz. Hasta ahora, se han realizado entrevistas en profundidad y un grupo focal para una obtención de información preliminar. A continuación, se discuten los resultados hallados en esta investigación, con los hallazgos en otros estudios de temática similar. Se exponen según la referencia que hagan a los objetivos de este estudio.

En primer lugar, con respecto a la perspectiva y vivencia de las mujeres sobre sus relaciones sexuales tras el parto; los hallazgos de este estudio preliminar apuntan a que uno de los factores más influyentes al respecto, son los nuevos síntomas que refieren durante las mismas.

Los más frecuentes son el dolor durante la penetración, y la disminución de la lubricación y de la libido. Estos coinciden con lo observado en los estudios encontrados (8,44,60,77), entre los que uno de ellos menciona además las alteraciones en el orgasmo que refieren algunas mujeres durante su periodo de posparto (61). Los autores observan que estos cambios las hacen sentir incómodas y generan insatisfacción en muchas ocasiones. (8,44,60,77)

Además de esa insatisfacción, los resultados iniciales de este estudio muestran, además, que las mujeres sienten preocupación y miedo por los cambios experimentados, especialmente por el dolor durante las relaciones. Esta implicación de los aspectos emocionales en la vivencia de las mujeres, es algo que también reflejan diversos de los autores consultados (8,44,77). Rejane Salim et al. señalan además cambios biopsicosociales que afectan a las mujeres de manera global, y en concreto en sus relaciones sexuales. (77)

Se muestra así la importancia que tiene para ellas esta situación. La preocupación por el periné y la cicatrización de los puntos en el caso de desgarros, episiotomías y cesáreas, son otros factores que las mujeres del presente estudio refieren como potenciadores de su miedo a sentir dolor, como también muestran De Fátima Enderle et al., Vasconcellos de Oliveira et al. y Rejane Salim et al. (8,43,77)

5. Discusión

Las mujeres esperan alcanzar su bienestar físico y emocional para retomar su vida de pareja (77), pero dada la nueva situación gobernada por la presencia del nuevo bebé y la falta de tiempo que ello conlleva, tanto las mujeres que han participado en este estudio como las de varios estudios contrastados, (60,77) aseguran que resulta complicado.

Además, las mujeres no se sienten cómodas ante los cambios que experimenta su cuerpo, y en concreto su imagen corporal, por la cual suelen sentirse avergonzadas (8,17,44,60,77). Esto se acentúa más aún ante la presión de cumplir con los estándares de belleza que la sociedad impone. (8,17,60) Los resultados de nuestro estudio coinciden en ello, y añaden además una fuerte referencia a la idealización social del posparto, que alimenta las comparaciones negativas, y la frustración y tristeza de las mujeres.

Esta nueva situación suele producir estrés, ansiedad y cansancio, lo que condiciona de nuevo las relaciones sexuales impidiendo la relajación durante las mismas y así contribuyendo a la insatisfacción. (8,17,60,77). Estos resultados son coincidentes en prácticamente la totalidad los estudios consultados, así como en los resultados de este.

Volviendo a coincidir con las observaciones iniciales de este proyecto, varios autores destacan que no hay diferencia entre el tipo de parto y el retorno a la actividad sexual, ya que todas sienten miedo, y habitualmente dolor en las primeras relaciones coitales. (8,43,44,60,61) Pese a este malestar, las mujeres suelen sentir obligación por satisfacer a su pareja, siendo este un motivo para retomar la actividad sexual antes de lo que ellas desearían. (8,17,44,77) Este hecho sorprendió encontrarlo de manera semejante en las respuestas de este estudio, ya que se produce una situación contradictoria entre demanda de información y libertad, y actuaciones de auto sometimiento.

Añadido a lo anterior, en diversos estudios se identifican la información y la asistencia de los profesionales sanitarios como factores que contribuyen a un mejor entendimiento del posparto y una mejora de la calidad de vida de las mujeres en ese periodo. (17,60) La asistencia sanitaria en esta etapa está principalmente centrada en el recién nacido (17,60), por lo que generalmente encuentran la información insuficiente o poco esclarecedora, siendo determinante en la manera de

5. Discusión

replantearse las relaciones sexuales de nuevo, (8,17,44,60,61). Todos estos elementos también han sido observados en los resultados iniciales de este proyecto.

En segundo lugar, respecto a los conocimientos de las mujeres sobre sus cambios en las relaciones sexuales y sus estrategias de mejora, no es algo que los estudios encontrados reporten en profundidad. Esto sigue sin esclarecerse del todo en este estudio, ya que se considera que las preguntas destinadas al respecto no fueron adecuadas para obtener suficiente información. Pudo observarse que las mujeres refieren una falta de conocimientos, que relacionan con la escasa información que reciben; además de sostener creencias acerca de dichas alteraciones, que en muchas ocasiones consideran como normales e inherentes al embarazo y parto. Señalan además una importante influencia de la educación familiar recibida, las creencias sociales y la información recibida a través de amistades o familiares. Todos estos factores también se reflejan en los estudios encontrados (8,17,43,60,61,77), en los que además observan una influencia de la religión (61,77).

Por último, acerca de los elementos de mejora en el manejo de las DS femeninas desde la atención sanitaria y en concreto desde la fisioterapia, la mayoría de autores consultados coinciden en identificar los factores de falta de conocimientos, información y asistencia proporcionada por los profesionales sanitarios (8,43,60,61,77). Además, se observa una falta de comunicación entre profesionales y pacientes; las mujeres no consultan sus problemas debido a que el mundo sanitario, por lo general, no presenta la iniciativa de preguntar al respecto, (43,44,77). Todo ello coincide en gran medida con lo referido por las participantes de este estudio.

Se remarca la necesidad de una atención integral y humanizada hacia las nuevas madres (8,17,60,61), reconociendo la importancia de informarlas sobre los cambios que se pueden experimentar en esa etapa, ya que influyen en su calidad de la vida (43,77), y como además añaden las participantes de este estudio, esa falta de información influye negativamente en la calidad de sus relaciones sexuales.

Todos estos hallazgos encontrados en estos estudios que, desde diferentes perspectivas, tratan sobre las relaciones sexuales después del parto, reflejan grandes similitudes con lo hallado de manera preliminar en la implementación inicial de este estudio.

5. Discusión

En cuanto a la metodología de los estudios consultados, varios de ellos (8,17,77) realizan un abordaje muy similar al del presente estudio, desde la perspectiva cualitativa. Sin embargo, pese a que el resto de estudios lo hace desde la metodología cuantitativa, no difiere en gran medida en los resultados hallados; si bien es cierto, lo hace aportando datos porcentuales de la sintomatología de sus participantes y más limitados en cuanto a la interpretación y comunicación de las vivencias y perspectivas de las mujeres. Pese a ese abordaje cuantitativo, también recurren a las entrevistas, entre otras técnicas, para obtener la información de sus participantes.

Esto puede llevar a la conclusión de que ambos tipos de investigación pueden ser complementarios y beneficiosos en el estudio de las alteraciones de las relaciones sexuales tras el parto; aunque cuando el objetivo es comprender dicha realidad e intentar cambiarla, se muestra la importancia de acceder a ella desde una perspectiva que permita reflejar la subjetividad y perspectiva de las personas que la viven, para obtener la mayor información posible.

El objetivo de este estudio, además de comprender dicha realidad es implementar un cambio en ella. Sería por ello interesante, para futuras líneas de investigación, abordar esta temática desde una perspectiva mixta que por un lado permita comprender en mayor medida la situación desde la metodología cualitativa, y que también permita evaluar el cambio implementado de manera más precisa u objetiva, desde el abordaje cuantitativo, combinando ambas.

6. CONCLUSIONES

A continuación, se muestran las conclusiones de los resultados hallados en esta implementación inicial, para los tres primeros objetivos del estudio:

1. Los factores más influyentes en la experiencia de las mujeres en sus relaciones sexuales tras el parto son los síntomas que padecen, destacando el dolor, y los aspectos emocionales implicados, siendo más relevantes la preocupación y el miedo.
2. Se identifica una falta de conocimientos acerca de su situación, señalando la falta de información recibida sobre los cambios en el postparto y las alternativas de abordaje.
3. Se requiere aportar mayor información acerca de las consecuencias del postparto que afectan a las relaciones sexuales, y mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes.

A pesar de tratarse de una implementación inicial, se percibe el poder de la investigación cualitativa para llegar a comprender y reflejar la realidad subjetiva que se pretende estudiar y que no se consigue del mismo modo desde otras perspectivas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Misses-Liwerant JB. Mujer y género en el siglo XXI. Perspectivas, implicaciones y dilemas. Rev. mex. cienc. polít. soc. 2020; 65(240):9-24. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2020.240.76627>
2. Del Olmo Campillo G. Cruce de fronteras. Relevancia de la sexualidad en el feminismo. En feminismo/s. 2018; 31: 65-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/fem.2018.31.03>
3. Koedt A. The myth of the vaginal orgasm. Notes from the second year. New York: Radical Feminism; 1970: 37-41.
4. Millet K. Política sexual. Madrid: Cátedra; 2010.
5. Miglioranza I. Neuropolíticas del deseo y viagra femenino: biomedicalización, feminismo y neoliberalismo en el siglo XXI. Revista d'antropologia social. 2018; 18: 95-128.
6. World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2002. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
7. Blanquet Rochera M. Fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas. Alicante: Ed. Club Universitario; 2013.
8. Enderle CF, Kerbel NPC, Lunardi VL, Nobre CMG, Mattos L, Rodrigues EF. Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013; 21(3). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
9. Luque Salas B. Envejecimiento y sexualidad femenina. Eur.J.investig.health psychol.educa. 2014; 4(3): 279-287. Disponible en: www.ejihpe.es DOI: 10.1989/ejihpe.v4i3.75
10. Beauvoir S. El segundo sexo. Madrid: Cátedra, 2011.
11. Bokser Liwerant J. Identidad, diversidad y democracia: oportunidades y desafíos. En: Singer M, coordinador. Participación política desde la diversidad. Ciudad de México: UNAM/Plaza y Valdés; 2009. 21-37.
12. Amorós Puente C, De Miguel Álvarez A. Teoría feminista: de la ilustración a la globalización. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 2005.
13. Alcalá García I. Feminismos y maternidades en el siglo XXI. Dilemata. 2015; 18: 63-81
14. Badinter E. La mujer y la madre: un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud. Madrid: La esfera de los libros; 2011
15. Felitti K. El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el mercado, la ecología y el poder femenino. Sex., Salud Soc [Internet]. 2016 [citado Noviembre 2020]; 22: 175-208. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.08.a>
16. Despentès V. Teoría King Kong. Barcelona: Melusina. 2007.
17. Justino GBS, Soares GCF, Baraldi NG, Teixeira IMC, Salim NR. Sexual and reproductive health in the puerperium: women's experiences. J Nurs UFPE [internet]. 2019; 13: e240054. Disponible en: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240054>
18. Solana-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Anderson N. Dispareunia en mujeres

7. Bibliografía

- después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):44-51.
19. Smith R. Netter. *Obstetricia, ginecología y salud de la mujer*. 1ª ed. Elsevier Masson; 2004.
 20. Parrondo P, Pérez-Medina T, Alvarez-Heros J. Anatomía del aparato genital femenino. En: Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J. *Fundamentos de ginecología*. 1ed. Panamericana; 2009. 15-27.
 21. Ramírez I, Blanco L, Kauffmann S. *Rehabilitación del suelo pélvico. Práctica basada en la evidencia*. Panamericana; 2018.
 22. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Androl* [Internet]. 2007; 5(1):11-21. Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/250778750>
 23. Rocca Rossetti S. Functional anatomy of pelvic floor. *Arch Ital Urol Androl* [Internet]. 2016 [Dic 2020]; 88(1):28-37. DOI: 10.4081/aiua.2016.1.28
 24. Kammerer-Doak D, Rogers R.G. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin N Am* [Internet]. 2008; 35:169-183. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2008.03.006>
 25. Basson R. Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction? *J sex Marital Ther* [Internet]. 2001; 27(2):105-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00926230152051725>
 26. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2018; 29(5): 631-638. Disponible en: <https://doi.or/10.1007/s00192-017-3536-8>
 27. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther* [Internet] 2001; 27(1): 33-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>
 28. Masters WH, Johnson V. *Human sexual response*. Boston: Little Brown; 1966.
 29. Kaplan HS, Horwith M. *The evaluation of sexual disorders: psychological and medical aspects*. New York: Brunner/Mazel; 1983.
 30. Mas M. Cerebro, emoción y la respuesta sexual humana. En: Mora F, editor. *El cerebro sintiente*. Barcelona: Ariel; 2000. 77-111.
 31. Graziottin A, Gambini D. Anatomy and physiology of genital organs – women. En: Vodusek DB, Boller F, editores. *Handbook of clinical neurology*. 3ª ed. Elsevier; 2015.
 32. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26: 51-65.
 33. Salonia A, Castagna G, Montorsi F. Female sexual dysfunction. En: Mirone V, editor. *Clinical Uro-Andrology*. Berlin: Springer; 2015. https://doi.org/10.1007/978-3-662-4518-5_9
 34. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual. En: Tresguerres JAF, editor. *Fisiología humana*. 3ª ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005. 1134-46.
 35. Mas M. Sexualidad y hormonas. En: Palacios S, editor. *Cerebro y mujer*. Madrid: Health & Research Consulting; 1999. 83-90.
 36. Basson R, Leiblum S, Brotto L et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1:40-48.
 37. Giraldi A, Levin RJ. Vascular physiology of female sexual function. En: Goldstein I et al., editores. *Women's sexual function and dysfunction*.

7. Bibliografía

- Study, diagnosis and treatment. London: Taylor & Francis; 2006. 174-180.
38. Korda JB, Goldstein SW, Sommer F. History of female ejaculation. *J Sex Med.* 2010; (7): 1965-1975.
 39. Levin RJ. Sexual desire and the deconstruction and reconstruction of the human female sexual response model of Masters & Johnson. En: Eaveaerd W, Laan E, Both S, editores. *Sexual appetite, desire and motivation: energetics of the sexual system.* Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences; 2004. 63-93.
 40. Nygaard I, Tromas G, Walters W, Mark D. Obstetricia y trastornos del suelo pélvico. *Uroginecolocirugía y Cirugía reconstructiva de la pelvis.* 3ª ed. 2008. 169-175.
 41. Noa Pelier BY, Vila García JM. Rehabilitación física del suelo pélvico: ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva. *Invest. Medicoquir* 2020; 12 (3).
 42. Alves LC, Costa JR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Women's sexual health six month after a severe maternal morbidity event. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020; 28: e3293. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3500.3293>
 43. Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, De Souza Caroci A, Guimaraes de Oliveira S, Penha Silva F. Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto. *Rev. Enferm. Global [Internet].* 2018; 51: 54-67. www.um.es/eglobal/ <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.292821>
 44. Espitia-De La Hoz FJ. Dispareunia en mujeres después de parto vaginal. Prevalencia en dos clínicas de Armenia, Colombia, 2012-2017. *Duazary.* 2021; 18(1): 32-44.
 45. American Psychiatric Association (APA). *Disfunciones Sexuales. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5.* 5ª ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2014. 423-450.
 46. Areskoug-Josefsson K. Physiotherapy as a promoter of sexual health. *Physiotherapy theory and practice.* 2015; 31(6): 390-395.
 47. Figueredo Borda, N. La investigación cualitativa en ciencias de la salud: contribuciones desde la etnografía. *Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet].* 2017; 6: 14-19. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v6iEspecial.1445>
 48. Carcausto-Calla WH, Morales-Quispe J. Investigaciones cualitativas en salud publicadas en revistas biomédicas peruanas. *An Fac med.* 2018; 79 (2): 144-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14941>
 49. Núñez Rivas HP, Holst Schumacher I, Campos Saborío N. La pertinencia de las ciencias sociales, en la investigación y la educación en salud, desde una mirada cualitativa. *Actualidades Investigativas en Educación [internet].* 2018; 18(3): 1-21. DOI: <https://doi.org/1015517/aie.v18i3.34167>
 50. García González R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2010; 36(1): 19-29.
 51. Dorio Alcaraz I, Sabariego Puig M, Massot Lafon I. Características generales de la metodología cualitativa. En: Bisquerra R, coordinador. *Metodología de la investigación educativa.* 2ª ed. Madrid: Editorial La Muralla; 2009. 275-292.
 52. Zumaeta-Arista S, Fuster Guillen D, Ocaña Y. El efecto pedagógico en la didáctica de la matemática - Región Amazonas desde la mirada

7. Bibliografía

- fenomenológica. *Propósitos y Representaciones*. 2018; 6(1): 409-462.
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n1.200>
53. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. En: Toledo Castellanos MA, director. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2014. 2-21.
 54. Soler Pujals P, Enrique Jiménez AM. Reflexión sobre el rigor científico en la investigación cualitativa. *Estudios sobre el mensaje periodístico*. 2012; 18:879-888.
 55. Latorre Beltrán A. La investigación acción. En: Bisquerra Alzina R, coordinador. *Metodología de la investigación educativa*. 2ª ed. Madrid: Editorial La Muralla; 2009. 369-394.
 56. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Diseños del proceso de investigación cualitativa. En: Toledo Castellanos MA, director. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2014. 468-507.
 57. Abatedaga N, Alcaraz C, Armano B. *Investigación-acción participativa: metodologías en organizaciones de gestión horizontal*. 1ª ed. Córdoba: Editorial Brujas; 2014.
 58. López González L, Álvarez González M, Bisquerra Alzina R. Mindfulness e investigación-acción en educación secundaria. *Gestión del Programa TREVA. Revista interuniversitaria de formación del profesorado*. 2016; 87(30.3): 75-91.
 59. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Selección de la muestra. En: Toledo Castellanos MA, director. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2014. 170-195.
 60. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Lopes Ramos JG, Martins-Costa SH, Badalotti M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Rev HCPA*. 2012; 32(4):473-479.
 61. De Lima Holanda JB, de Sá Vieira Abuchaim E, Pereira Coca K, Freitas de Vilhena Abrao AC. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(6):573-8.
 62. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Muestreo en la investigación cualitativa. En: Toledo Castellanos MA, director. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2014. 382-393.
 63. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Recolección y análisis de los datos cualitativos. En: Toledo Castellanos MA, director. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2014. 394-466.
 64. Mediterranean WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean. *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators/World Health Organization*. Cairo: World Health Organization, 2012, p. 80.
 65. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, Baert I, Meeus M. Treatment of central sensitization in patients with “unexplained” chronic pain: an update. *Expert Opin Pharmacother*. 2014;15(12):1671-83.

7. Bibliografía

66. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodinia: Assessment and Treatment. *J Sex Med.* 2016;13(4):572-590.
67. Massot Lafon I, Dorio Alcaraz I, Sabariego Puig M. Estrategias de recogida y análisis de la información. En: Bisquerra Alzina R, coordinador. *Metodología de la investigación educativa.* 2ª ed. Madrid: Editorial La Muralla; 2009. 329-366.
68. Flick U. Estrategias de muestreo. En: Torres Santomé J, director. *Introducción a la investigación cualitativa.* 3ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 2012. 75-86.
69. Flick U. Entrevistas semiestructuradas. En: Torres Santomé J, director. *Introducción a la investigación cualitativa.* 3ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 2012. 89-109.
70. Sabariego Puig M. El proceso de investigación (parte 2). En: Bisquerra Alzina R, coordinador. *Metodología de la investigación educativa.* 2ª ed. Madrid: Editorial La Muralla; 2009. 127-163.
71. Vilà Baños R, Bisquerra Alzina R. El análisis cuantitativo de los datos. En: Bisquerra Alzina R, coordinador. *Metodología de la investigación educativa.* 2ª ed. Madrid: Editorial La Muralla; 2009. 259-274.
72. Flick U. Documentación de los datos. En: Torres Santomé J, director. *Introducción a la investigación cualitativa.* 3ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 2012. 183-191.
73. Arias Valencia MM, Giraldo Mora CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y Educación en Enfermería [Internet].* 2011;29(3):500-514. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222406020>
74. Sabariego Puig M, Massot Lafon I, Dorio Alcaraz I. Métodos de investigación cualitativa. En: Bisquerra Alzina R, coordinador. *Metodología de la investigación educativa.* 2ª ed. Madrid: Editorial La Muralla; 2009. 293-328.
75. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014; 89(9): 1245-1251. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
76. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
77. Rejane Salim N, Matos Araújo N, Rosa Gualda DM. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet].* 2010; 18(4): [08 pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

8. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO:

“LAS ALTERACIONES EN LAS RELACIONES SEXUALES TRAS EL PARTO, A TRAVÉS DE LAS MUJERES QUE LO VIVEN. ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN”.

El presente estudio está comprendido en el marco de la realización de un trabajo de fin de máster, del máster “Fisioterapia en los procesos de salud de la mujer” de la Universidad de Alcalá.

Los objetivos del estudio son:

1. Analizar las vivencias y perspectivas de mujeres sobre las relaciones sexuales tras el parto.
2. Identificar los conocimientos de las mujeres acerca de los cambios en sus relaciones sexuales y sus estrategias de mejora de su situación.
3. Identificar los elementos de mejora desde la perspectiva de las mujeres, en el manejo de las disfunciones sexuales femeninas desde la atención sanitaria y en particular desde la fisioterapia.
4. Implementar un proceso de atención desde la fisioterapia, que permita el cambio hacia la mejora en la situación que viven las mujeres en sus relaciones sexuales después del parto.

La colaboración de las participantes en esta implementación inicial, consistirá en una entrevista grupal o individual de unos 90 o 45 min respectivamente, en la que se realizarán preguntas orientadas a los tres primeros objetivos citados. Se informa de que su intervención necesita ser grabada mediante audio para su posterior transcripción y análisis.

Sus datos serán tratados de manera anónima y utilizados únicamente con el fin descrito, quedando asegurada su **confidencialidad** en todo momento mediante la codificación de sus nombres y el manejo de sus datos únicamente por las investigadoras del estudio; de acuerdo con la Ley Orgánica Reguladora de la protección de datos personales.

Las participantes tienen **derecho a abandonar la entrevista** si por cualquier motivo así lo desearan y sin necesidad de justificación alguna, finalizando su participación en el estudio; así como **derecho a abstenerse a contestar alguna pregunta en concreto**.

Para cualquier duda, consulta o reclamación, facilitamos los correos electrónicos de contacto de las investigadoras: cxxxxxx@hotmail.com , bxxxx@gmail.com ; no duden en ponerse en contacto con nosotras si lo necesitan.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, D^a _____ accede a participar de **manera voluntaria** en el estudio “**Las alteraciones en las relaciones sexuales tras el parto, a través de las mujeres que lo viven. Abordaje desde la fisioterapia: un proyecto de investigación-acción**”.

La participante ha leído y está de acuerdo con lo expuesto en el presente documento, y firma voluntariamente su participación en el estudio.

Firma de la participante:

Firma de las investigadoras:

Madrid, a _____ de _____ de 20____.